



Seguro por desempleo Solicitud de beneficios por medio de Audiencia

Complete este formulario para solicitar una audiencia sobre una decisión administrativa de subsidios de seguro de desempleo. Durante el proceso de apelación, continúe presentando reclamaciones semanales por cada semana que desee solicitar beneficios. Si la decisión de una audiencia permite pagos atrasados por semanas previamente cubiertas por una denegación o descalificación, usted debe haber hecho reclamos semanales a tiempo para recibir el pago por esas semanas.

Debe solicitar una audiencia antes de la fecha límite de apelación que figura en su decisión administrativa. Si solicita una audiencia después de que haya pasado esa fecha, debe incluir una declaración por escrito sobre el motivo por el que hace su solicitud tarde.

Apelante: <input type="checkbox"/> Reclamante <input type="checkbox"/> Empleador	Nombre:	Número de teléfono:
Nombre del reclamante: (Primer nombre)	(Apellido)	Identificación del Cliente/últimos 4 números del Número de seguro social:
Empleador (si aplica):	Nombre del negocio:	

Nombre del representante del empleador, si se conoce:

Decisión(es) que se está apelando

Número(s):	Fecha(s):		
Asunto(s) en apelación: <input type="checkbox"/> Dada de alta <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Registrarse para trabajar <input type="checkbox"/> Disponibilidad para trabajar	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Capacidad para trabajar <input type="checkbox"/> Búsqueda activa de trabajo <input type="checkbox"/> Otros (Explique abajo)	<input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Uso de los salarios escolares <input type="checkbox"/> Rechazo de trabajo <input type="checkbox"/> Falta de solicitud de trabajo	<input type="checkbox"/> Asistencia a la Escuela <input type="checkbox"/> Disputa laboral <input type="checkbox"/> Exención de los cargos <input type="checkbox"/> Cuidado de niños

¿Por qué no está de acuerdo con la decisión(es)?

¿Tiene un representante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, indique el nombre: (Primer nombre) (Apellido)
---	--

¿Necesita de un intérprete para participar plenamente en la audiencia? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿para qué idioma?:

¿Necesita alguna otra adaptación para participar plenamente en la audiencia? Sí No
Si es así, qué adaptación(es) necesita:

Las audiencias están programadas de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. ¿Hay algún día u hora específica en los próximos 90 días en que no estará disponible para una audiencia? Sí No

Si es así, por favor especifique los días o las horas:

Debe presentar este formulario con una copia de la decisión que está apelando:
Formulario para Comunicarse con nosotros: unemployment.oregon.gov/contact-us | **Fax:** (503)947-1335
Correo postal: Oregon Employment Department • 875 Union St NE • Salem, OR 97311

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance is available to persons with limited English proficiency at no cost.

El Departamento de Empleo de Oregon es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a petición de las personas con incapacidad. Las personas con conocimientos limitados de inglés pueden recibir asistencia lingüística sin costo alguno.